

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N° 105

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges GUIONNET

Ancien interne des Hôpitaux de Poitiers

Né à Nieuil-l'Espoir (Vienne), le 30 septembre 1902

Le

Traitement actuel de l'Éclampsie

à la Maternité de Lariboisière

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges GUIONNET

Ancien interne des Hôpitaux de Poitiers

Né à Nieuil-l'Espoir (Vienne), le 30 septembre 1902

Le

Traitement actuel de l'Éclampsie

à la Maternité de Lariboisière

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1927



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ GILBERT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Sans chaire.	{ ROUVIÈRE.
	{ BRANCA.

II.—AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY . . . Histologie.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 I. de JONG . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . Pathologie médicale.
 FOIX Pathologie médicale.
 GARNIER . . Pathologie expérimental¹⁹
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.

MM.

HOVELACQUE . Anatomie.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE . . Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . Obstétrique.
 MONDO . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON . . . Histologie.
 PHILIBERT . Bactériologie.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VERNE . . . Histologie.
 VELTER . . . Ophtalmologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 GOUGEROT . Pathologie médicale
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LE LORIER . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . Pathologie chirurgicale.

MM.

RETTERRER . Histologie.
 RIBIERRE . . Pathologie médicale.
 TANON . . . Pathologie médicale.
 VILLARET . . Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM		MM.	
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.	LœPER. . . .	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	PROUST. . . .	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infantile.	Schwartz. . .	Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE. A MA MÈRE

*A qui je dois tout, je dédie cette
thèse en témoignage de ma reconnais-
sance et de ma profonde affection.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MON PARRAIN

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait l'honneur de vouloir
bien accepter la présidence de cette
thèse. Hommages respectueux.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur de la Maternité de Lariboisière
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a guidé dans notre
travail, nous le prions d'accepter nos
remerciements et notre respectueuse
reconnaissance.*

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS

ET PARTICULIÈREMENT :

A MONSIEUR LE DOCTEUR MORICHAU-BEAUCHANT

Professeur de Clinique médicale à l'Ecole de Médecine

*En témoignage de ma profonde
gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHRÉTIEN

Agrégé

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine

Hommages respectueux.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

Le Traitement actuel de l'Éclampsie

à la Maternité de Lariboisière

INTRODUCTION

Si l'éclampsie puerpérale est aujourd'hui un syndrome clinique bien connu, qu'on peut dans la grande majorité des cas, prévoir et traiter, le problème pathogénique qu'elle pose est irrésolu : elle reste suivant le mot de M. Bar « la maladie de l'hypothèse ».

Dans ce travail, nous n'aurons point la prétention de rechercher la cause mystérieuse de l'éclampsie. Ce que nous avons voulu montrer, c'est que le plus souvent on peut la soigner victorieusement par la saignée et particulièrement par la saignée massive.

Nous sommes persuadé que cette méthode thérapeutique, qui a de nos jours encore ses défenseurs et ses adversaires, reste la meilleure.

Dans les cas où l'hypertension artérielle est en cause, son efficacité est généralement admise ; mais dans les cas où la malade n'est pas hypertendue (et nous en avons 3 observations) que faire ? Là encore, la saignée massive est recommandable, non comme agent hypotenseur, mais comme agent de désintoxication.

Dans la première partie de ce travail, après avoir rapidement énuméré les divers traitements préconisés contre l'éclampsie, nous insistons sur celui qui nous préoccupe le plus : la saignée. Nous ferons rapidement son histoire et après avoir étudié la fréquence de l'hypertension dans l'éclampsie, nous étudierons l'influence de la saignée sur l'hypertension. A ce propos, il conviendra de rappeler ce qu'il faut entendre par la saignée « massive » qu'on ne peut évaluer par un chiffre, mais qui est plutôt en rapport avec un chiffre variable ; je veux dire le poids du sujet.

La deuxième partie sera consacrée à la présentation des observations recueillies depuis trois ans dans le service de la maternité de l'hôpital Lariboisière et à une statistique portant sur ces trois ans.

En comparant les résultats obtenus, avec ceux d'une période éloignée de nous de dix ans à peine, nous constaterons que le pronostic s'est nettement amélioré en dépit des obscurités qui entourent la pathogénie de la maladie.

Nous ne saurions clore cette introduction sans remercier tout particulièrement M. le Dr Devraigne accoucheur de l'hôpital Lariboisière qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et dans le service duquel le meilleur accueil nous a été réservé.

CHAPITRE PREMIER

LES DIVERSES MÉTHODES DE TRAITEMENT DE L'ECLAMPSIE

La saignée.

Au cours de ces dernières années, on a émis au sujet de la nature de l'éclampsie diverses hypothèses qui ont conduit à des traitements différents.

En 1912, l'école allemande, avec Sellheim, considérait que l'éclampsie était en rapport avec un trouble de la sécrétion lactée et préconisait, à l'instar des vétérinaires, les injections mammaires d'iodure de potassium ou d'air et même l'ablation chirurgicale des seins. D'après Freund, au contraire, l'éclampsie a une origine ovulaire et il la traite par l'évacuation de l'utérus, la plus précoce et la plus rapide possible. Quand les crises éclatent dans les suites de couches, il pratique la saignée. Essen-Moller pensait même en 1923, que l'interruption de la grossesse au cours de l'éclampsisme diminuait les chances d'éclampsie.

A la même époque (1912) Stroganoff de Petrograd instituait un « traitement prophylactique » de l'éclampsie et administrait chloroforme, chloral et morphine combinés.

En France, c'est M. Vaquez qui a attiré l'attention sur un symptôme d'une fréquence extrême au cours de l'évolution de la maladie : l'hypertension artérielle. Pour M. Couvelaire, on la retrouve dans la presque totalité des cas et M. Wallich la considère comme liée à un trouble fonctionnel du rein ou à une intoxication. On a vu plus tard dans l'éclampsie la conséquence d'une intoxication hépato-intestinale (hépato-toxémie de M. Pinard), et plus récemment une insuffisance des glandes endocrines. Quelques médecins étrangers ont essayé de traiter l'éclampsie par l'ovarine et le sérum de cheval (Selitzky de Moscou) ou par le chlorure de calcium (Freund) ou par le somnifène (Marion de Montréal).

Ajello-Rabboni (de Naples), la considère comme un phénomène d'anaphylaxie, le sérum fœtal se comportant comme un antigène à l'égard du sérum maternel : sa thérapeutique a pour but de désensibiliser l'organisme maternel.

En 1923, MM. Lévy-Solal et Tzanck ont établi l'existence d'un poison circulant dans le sérum de la femme éclamptique. Alors que le sérum de femme enceinte ou non, injecté au cobaye est inoffensif, le sérum de femme éclamptique tue presque à coup sûr. De plus, on peut dans ce sérum isoler deux principes : l'un anaphylactisant donc responsable des crises, l'autre plus banal, toxique. L'extrait placentaire agirait comme le sérum. Ces auteurs se sont alors demandé si, dans l'apparition des crises, la susceptibilité à l'intoxication ne variait pas selon l'état du tonus vago-sympathique et c'est

dans le but de modifier cette *réceptivité* qu'ils ont injecté du *chlorhydrate de pilocarpine*. Les cobayes auxquels on a injecté le médicament sont dans la proportion de 80 % réfractaires au poison éclamptique et après injection de 5 milligrammes de chlorhydrate de pilocarpine, les crises cessent chez une femme enceinte de sept mois.

A côté de ces divers traitements, la saignée, qui fut depuis longtemps pratiquée reste pour beaucoup la meilleure thérapeutique de l'éclampsie. C'est une méthode qui a eu ses beaux et ses mauvais jours. Jusque vers 1850 époque où vivait Depaul elle fut pratiquée empiriquement et à tout propos. « Rien disait Baudelocque ne saurait remplacer la saignée lorsque les convulsions ont donné lieu à l'engorgement du cerveau ». Mme Lachapelle n'est pas moins explicite. « Il faut saigner dit-elle les malades présentant des convulsions, même les débiles convalescentes, pâles, infiltrées » et Depaul n'hésitait pas à faire des émissions sanguines de 1.500 à 2.000 grammes ou des saignées répétées. Pendant les dernières années du xix^e siècle, on crut à l'anémie des femmes enceintes, et la saignée perdit de sa vogue si bien que Peter adversaire cependant de la saignée pouvait écrire : « La fréquence de l'éclampsie albuminurique a été en grandissant dans ces trente dernières années et cette fréquence a coïncidé avec la diminution graduelle de la saignée chez les femmes en couches. » En 1893, Charpentier ne croyait pas la saignée capable de supprimer mais seulement d'éloigner les accès éclamptiques.

En 1900 cependant Porak est resté fidèle à la saignée abondante (800-900 gr.) combinée à l'injection sous-cutanée de sérum artificiel *salé*, ce qui n'est plus admis aujourd'hui.

Pinard, Budin et Bar pratiquaient de petites saignées médicales (300 à 500 gr.).

C'est en 1907 seulement, que MM. Macé et Chirié préconisent comme traitement héroïque de l'éclampsie la saignée *large, abondante, massive*.

La saignée apparaît en effet comme le moyen le plus apte à faire baisser la tension artérielle et ses bons effets, cliniquement constatés, ne sont pas douteux.

Sans vouloir considérer l'hypertension artérielle comme la cause de l'éclampsie, comme on l'a cru un moment, il faut au moins admettre qu'elle est avec l'albuminurie et les œdèmes le symptôme le plus constant. M Chirié admet que pendant la grossesse normale la T. A. est d'environ 16-17 pour la Mx (au moment de l'accouchement on peut avoir une ascension à 20-22). Ballantyne puis MM. Vaquez et Nobécourt ont montré que la T. A. s'élève dans l'éclampsie et en particulier au moment des crises.

Ce phénomène ne semble pas être la conséquence des crises puisque toute femme hypertendue pendant la grossesse est menacée d'éclampsie, que ses urines soient ou non albumineuses (Tarnier, Budin, Vaquez). L'élément nerveux dans la genèse des accès n'est parfois cependant pas à négliger car chez les femmes très nerveuses on voit des urines sans hypertension et le rôle du spasme vasculaire est incontestable (Vaquez,

Conhein, Pol) ce qui conduisit Budin, sans succès d'ailleurs, à traiter ses éclamptiques par le nitrite d'amyle en inhalations.

M. Le Lorier a insisté sur la valeur de *l'hypertension d'alarme*, c'est-à-dire dépassant 15-16 au Pachon et sur l'importance que présente chez les femmes enceintes, la surveillance de la tension artérielle.

M. Balard de Bordeaux a insisté sur la valeur de la *tension artérielle minima*, au cours de la grossesse (la normale est de 6,5 à 8,5 au Pachon). D'après cet auteur, l'augmentation de la minima est un élément diagnostique de premier ordre car elle permet d'éliminer les fausses albuminuries liées à la pyélonéphrite, ou les albuminuries passagères; elle est aussi un excellent élément de pronostic: si après une saignée le retour à la minima normale est rapide, la malade a des chances de guérir.

Certains médecins pratiquent même une saignée prophylactique quand la T. Mx atteint 20 et M. Powilewicz déclare qu'aucune des femmes saignées dans ces conditions n'a fait d'éclampsie.

Mais on a accusé la saignée de ne point faire baisser la T. A. et Bernard (thèse de Paris, 1925) constate que sur 28 malades saignées, 18 virent leur tension nullement modifiée. C'est qu'une saignée *massive* pour un sujet ne l'est point pour un autre, et que les résultats dépendent de l'état antérieur du sujet: Arloing constate que chez le chien, il faut enlever le tiers de la masse sanguine pour faire baisser la tension du sixième de cm. de mercure.

Pour Arthus, une saignée de 2 % du poids de l'ani-

mal ne modifie pas la tension. Gley pratique lentement la saignée : la T. A. est invariable et il faut enlever 10 % du sang total pour la voir baisser pendant deux minutes (Ambard).

La quantité de sang à retirer varie donc suivant le poids du malade. On a observé le cas d'une malade pesant 40 kilogrammes à laquelle on a retiré involontairement 1.500 grammes de sang, soit les deux tiers de la masse totale : il n'y eut pas d'accidents (Bernard). En pratique, *la saignée sera abondante quand on aura retiré 20 à 30 % du sang total soit 1.200 grammes à 1.800 grammes : à cette condition seulement la tension sera abaissée.*

L'état antérieur du sujet intervient aussi dans la chute de la T. A. L'hypotension des blessés est non seulement due à l'hémorragie mais à un état antérieur de moindre résistance au traumatisme (Clovis Vincent). La diminution de tonicité des vaso-moteurs est en cause, et *la saignée est surtout efficace au cours des crises hypertensives donc de l'éclampsie.*

La toxicité du sérum d'éclampsique a été étudiée par MM. Bar, Rénon et Lévy-Solal et on admet que 3 à 6 centimètres cubes de sérum d'éclampsique injectés par voie intraveineuse suffisent (au lieu de 10 centimètres cubes de sérum normal) à tuer un lapin de 1 kilogramme.

Dans les cas où l'éclampsique n'est pas une hypertendue, la méthode de traitement conserve toute sa valeur : *la saignée agira comme agent de désintoxication,*

Mais toutes les éclamptiques étant oliguriques ou anuriques, un traitement rationnel doit aussi avoir pour but de décongestionner le rein et d'assurer la diurèse.

Ainsi que M. Chirié l'a montré, la saignée répond à cette indication.

En résumé, la saignée massive agit de trois façons :

1° Elle abaisse la tension artérielle.

2° Elle enlève en quelques minutes une quantité considérable de poisons ;

3° Elle assure la diurèse.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Dans les observations qui suivent, la saignée massive est restée le traitement de fond de l'éclampsie.

« Comme l'hypertension domine la scène dit M. Devraigne, la saignée massive constitue un traitement héroïque si elle atteint 1.000-1.200 grammes et même 1.500 grammes (1). »

Elle a toujours été pratiquée *sous le contrôle de l'oscillomètre* et interrompue dès que la tension minima accusait une baisse de 1 cm. de Hg.

Toutefois, le traitement médical n'a pas été négligé. « Si la période tonique semble se prolonger, on peut recourir à la respiration artificielle ou aux inhalations d'oxygène. Toutes les excitations sensorielles pouvant provoquer l'accès, il importe d'isoler les éclamptiques et de les protéger de la lumière et du bruit (2). »

« On avait repoussé les injections de morphine comme dangereuses pour le rein : les faits ont protesté contre cette assertion. On se trouvera bien d'associer à la saignée massive la morphine à doses

1. Démelin et Devraigne. *Manuel de l'Accoucheur*.

2. *Ibid.*

répétées s'il le faut de 1 centigramme chaque fois (1). »

« Il faut alimenter le malade. On le fait en lui faisant passer par une sonde buccale ou nasale toutes les heures, l'eau lactosée à 40 % ou alternativement de l'eau et du lait (2). » On a renoué aux grandes entéroclyses, mais on assure l'évacuation de l'intestin : l'eau-de-vie allemande ou les autres drastiques sont souvent employés.

« Dès qu'il y aura amélioration marquée par l'espacement des crises, la baisse de la tension, la polyurie, on passera au régime lacté puis au régime déchloruré. Enfin, chaque fois qu'à la suite de plusieurs accès il y aura de l'hypertension on se trouvera bien de faire une ponction lombaire qui révélera l'hypertension du liquide céphalo rachidien et dans lequel on trouvera du sang (3) »

OBSERVATION I (80) (4)

Eclampsique, ayant fait 2 crises en ville et 2 à l'hôpital. Saignée 1.400 grammes. Morphine 2 centigrammes. Fille mort-née (2.130). Sort guérie.

Primipare de 25 ans, sans albumine à sept mois et demi. Au terme de sa grossesse, elle présente de la toux, des vomissements, de la perte de connaissance et fait une première crise d'éclampsie (ventouses scarifiées, sinapismes).

1. Démelin et Devraigne, *Manuel de l'accoucheur*.

2. *Ibid.*

3. *Ibid.*

4. Numéro du registre d'accouchements, 1924.

Entre à Lariboisière le 15 janvier 1924. A cette date T. A (Pachon) : 48-9. T. 38°8. Pouls 130.

Eufant vivant.

Le 16, deuxième crise. *Saignée 1400 grammes.*

T. A. tombe à 44-7. T. 39. Pouls 130.

Le même jour, troisième crise : morphine 2 centigrammes.

Bruits du cœur non perçus.

La femme est calme et accouche d'une fille mort-née, pesant 2.430 grammes. Délivrance naturelle et complète.

Placenta sans infarctus pesant 380 grammes. T. A.-16 1/2.
10.

Le 18, T. A. 15-10. Les céphalées ont disparu, les urines (500 cc.) ne sont plus albumineuses. Un léger œdème persiste.

Le 21, T. A. 14-9.

Le 26, état satisfaisant.

Guérison et sortie au dix-huitième jour.

OBSERVATION II (473)

Femme de 28 ans, enceinte de six mois arrive en crise.

Saignée 750. Oscillations au Pachon, nulles. Décès.

Femme de 28 ans, ayant consulté pendant sa grossesse, enceinte de six mois environ, arrive en état de crises ayant débuté brusquement la veille au soir. Les crises se répètent toutes les demi-heures, au début puis toutes les heures. A son arrivée elle est dans le coma ; la résolution musculaire est complète, les réflexes tendineux sont abolis, le réflexe pupillaire est conservé. La peau de coloration ictérique pré-

sente par place des ecchymoses. Les bruits du cœur sont faibles.

T. 38°1.

D'une saignée pratiquée aux deux bras on recueille 750 gr. de sang. Accouchement d'un garçon mort-né pesant 1.150 gr. Placenta semé d'infarctus blancs.

Pendant la saignée nouvelle crise : le Pachon ne donne plus d'oscillations.

La femme meurt trente minutes après son arrivée.

A l'autopsie : foie rouge violacé (piqueté hémorragique) reins et rate congestionnés.

OBSERVATION III (582)

Albuminurique ayant consulté sage-femme et médecin, refusant de se soigner. Eclampsie : 4 crises. Saignée 1.000. Fœtus mort. Guérison.

VIII-pare ayant eu six accouchements normaux et un dystocique (épaule) fait le 24 avril 2 crises d'éclampsie et entre à l'hôpital le jour même.

Depuis un mois et demi œdème des membres inférieurs et albuminurie : la femme refuse de suivre le régime lacté qui lui est conseillé : elle a des céphalées et des douleurs lombaires et elle fait chez elles 2 crises d'éclampsie (saignée).

A son entrée : urines se prenant en masse par la chaleur.

T. A. Mx : 27.

Troisième crise : saignée de 1.000 grammes.

Quatrième crise : la femme se cyanose puis tombe dans le coma : morphine 1 centigramme. T. A. 20-13. L'état s'améliore, la malade reprend connaissance.

Le lendemain (25 avril) T. A. 25-11. Purgation à l'eau-de-vie allemande. Diète hydrique.

Le 29 avril, les bruits du cœur ne sont pas perçus.

T. A. 24-13.

Le 1^{er} mai, accouchement d'un fœtus mort de 1.200 gr. Pas de crise : la malade est calme. Délivrance spontanée pesant 330 grammes (infarctus disséminés). Sortie le 12 guérie.

OBSERVATION IV (822)

*Albuminurie à partir du septième mois. Eclampsisme
au moment du travail. Garçon vivant. Guérison.*

IV-pare ayant eu 3 accouchements normaux. Entre le 23 avril au terme de sa quatrième grossesse.

Grosse albuminurie. T. A. 25-16.

Saignée de 800 grammes. Céphalées intenses. Tr. visuels.
Tendances syncopales (huile éthéro-camphrée). La parturiente commence à souffrir et accouche spontanément d'un garçon vivant de 2.520 grammes.

La délivrance est spontanée (380 gr.) et semée d'infarctus blancs.

La femme part dix jours plus tard complètement guérie.

OBSERVATION V (1004).

Femme de 22 ans, entre en crise à Lariboisière. Saignée 800 grammes. Morphine 3 centimètres cubes. Lavage intestinal. Décès le lendemain.

I-pare de 22 ans entre le 29 juillet enceinte de sept mois environ et est brusquement prise de crise éclamptique. A son arrivée la T. A. 15-11 $1/2$, les urines sont albumineuses. On pratique une *saignée de 800 grammes*, on injecte 3 centigrammes de *morphine* et on fait un lavage intestinal de 2 litres.

La femme accouche le même jour spontanément d'une fille mort-née pesant 1.820 grammes et expulse un placenta pesant 360 grammes et ne présentant pas d'infarctus. La T. A. 13-7. Le lendemain *décès*.

OBSERVATION VI (1193).

Grossesse de huit mois suivie. Albuminurie irréductible. Au moment du travail, 6 crises. Enfant mort.

Primipare de 31 ans, enceinte de huit mois entre le 4 septembre. Elle a présenté depuis deux mois, une albuminurie rebelle au traitement (régime lacté, suppression absolue de la viande et du sel depuis une semaine). Le jour même de son entrée elle fait d'heure en heure 3 crises d'éclampsie consécutives. Après la troisième crise, le col est en voie d'effacement, la tête fœtale est mobile, le dos à gauche, les bruits du cœur sont sourds. La T. A. 17 $1/2$ -10. *Saignée de*

900 grammes. Le soir du même jour deux nouvelles crises et abolition des bruits du cœur.

Le lendemain matin, la femme expulse un enfant mort de 2.030 grammes et une délivrance de 400 grammes. Les membranes et le placenta sont complets, celui-ci présente des foyers hémorragiques anciens.

Le 6 septembre, albumine 12 grammes.

Le 10, albumine 0 gr. 50.

Le 11 septembre, 6 grammes et le 13, la femme part conservant 2 grammes d'albumine.

OBSERVATION VII (1198).

*Primipare albuminurique, 3 crises, 2 saignées. Fille morte.
Grossesse non suivie.*

Primipare de 17 ans, enceinte de huit mois environ.

A son entrée, le 5 septembre, on trouve un sommet engagé, dos à droite, bruits du cœur bons. En outre, la femme présente un œdème généralisé maximum aux membres inférieurs, aux organes génitaux et la région sus-pubienne. La tension est de 14 1/2-11.

Le 6 septembre, à 10 heures, la femme est prise de malaises, céphalées, vomissements, agitation et de troubles visuels. Les urines sont albumineuses et la T. A. 15-11. Saignée de 500 grammes.

A 11 heures, crise d'éclampsie ; la femme est conduite à la salle de travail où l'on pratique une seconde saignée de 400 grammes. La T. A. tombe à 13-10. Les bruits du cœur sont aux environs de 150.

A 13 h. 45, deuxième crise.

A 15 h. 40, troisième crise légère. Les contractions utérines sont fréquentes et douloureuses : les bruits du cœur sont lents mais bien frappés. Au toucher on perçoit un col dévié par l'œdème, court, non dilatable.

A 19 heures, dilatation 2 francs. Bruits du cœur non perçus.

A 23 h. 30, accouchement spontané d'une fille morte pesant 3.400 grammes. Le placenta ne se décollant pas, on procède à la délivrance artificielle. Le placenta pèse 650 gr.

La T. A. 13 $\frac{1}{2}$ -10. La T. 38° 2. Le pouls est à 136.

Le 8 septembre, T. A. 13-9. La T. : 37° et le pouls est à 90.

La femme sort guérie le 17 (gestation non suivie).

OBSERVATION VIII (1316).

*Eclampsie à 7 mois 1/2. Saignée 800 grammes. Régime
Seize jours plus tard, expulsion d'un macéré. Guérison.*

Femme de 36 ans, ayant deux enfants (légère albuminurie au cours de sa deuxième grossesse). Au cinquième mois de la grossesse actuelle, 6 grammes d'albumine, disparaissant sous l'influence du régime lacté et réapparaissant plus tard. La femme entre dans le service le 12 septembre pour *éclampsie*, les urines sont albumineuses (40 gr.), des céphalées violentes sont apparues il n'y a ni troubles oculaires ni barre épigastrique. La grossesse est de sept mois et demi environ, la tête fœtale est en bas, *les bruits du cœur ne sont pas perçus*.

A l'auscultation du cœur maternel : arythmie et galop à la pointe. La T. A. Mx. ne s'élève pas au-dessus de 17. Néanmoins on fait une *saignée de 800 grammes*. C'est le 28 septembre qu'apparaissent les premières douleurs : La T. A.

16 1/2-10 1/2 (Vaquez) et la femme accouche d'un enfant mort et macéré pesant 1.800 grammes. La délivrance pèse 380 grammes.

Le 3 octobre, albumine 0 gr. 30.

Le 6 octobre, T. A. 17-10 (Vaquez).

La femme sort guérie le 7.

OBSERVATION IX (1447)

Albuminurie au terme de la grossesse. T. A. 30-12. Saignée préventive 200 grammes. Enfant vivant. Suites de couches normales.

Primipare de 32 ans, arrive au terme d'une gestation suivie à l'hôpital. Au moment du travail (le 26 octobre) on constate la présence d'albumine dans les urines et une T. A. à 30-12. On se décide à pratiquer une saignée préventive de 200 gr. jusqu'à la chute de la T. A. à 18-12. L'accouchement a lieu normalement deux heures plus tard (*garçon vivant* pesant 3.320 grammes). La délivrance complète pèse 450 grammes.

Aussitôt après la T. A. = 15-10 et les suites de couches sont normales.

OBSERVATION X (1567)

Première crise d'éclampsie à l'arrivée. Au moment de l'accouchement crise pithiatique. Garçon vivant.

Primipare de 24 ans, enceinte de huit mois entre le 24 octobre dans le service pour œdème des membres inférieurs et palpitations. Le début de la grossesse était normal. A sept

mois, œdème des paupières, le matin au réveil. Bruits du cœur claqués à la pointe, albumine dans les urines.

A part un léger excès de liquide, l'examen obstétrical ne décèle rien d'anormal. Le lendemain de son arrivée, la femme est prise brusquement d'une crise éclamptique ; elle ressent des bouffées de chaleur, des sueurs, puis rapidement, elle se contracture, se cyanose, a du tremblement mais pas de convulsions vraies. La crise a duré trois à quatre minutes. (Elle en aurait eu une semblable chez elle huit jours avant son entrée). La T. A. 15-5. Les urines contiennent 0 gr. 50 d'albumine. On administre alors à la femme 15 grammes d'huile de ricin, et pendant vingt-cinq jours l'état redevient satisfaisant : l'albuminurie disparaît et la T. A. Mx ne dépasse pas 15.

Le 14 novembre, le régime lacté est remplacé par le régime végétarien et chloruré.

Le 17 novembre, réapparition des œdèmes et de l'albuminurie. La T. A. 14-6 1/2 (régime déchloruré).

Le 18 novembre, admission à la salle de travail.

Là, la malade fait une *nouvelle crise, pithiatique* cette fois : elle se contracte brusquement, la tête est renversée en arrière, les bras sont en extension, les mâchoires contractées et la face cyanosée. Au bout de deux minutes, elle reprend connaissance et peut commencer à parler. Quatre heures plus tard crise identique. La T. A. 16-7.

Le 19 novembre (T. A. 17-7), la femme accouche spontanément d'un garçon à terme vivant pesant 3.570 grammes. La délivrance naturelle et complète pèse 580 grammes.

Le 24 novembre, les urines sont redevenues normales. La malade sort guérie quelques jours plus tard.

OBSERVATION XI (1631)

Eclampsisme chez IV-pare. Saignée 1.000 grammes Accouchement prématuré d'une fille morte et macérée. Guérison.

Malade de 33 ans, IV-pare (2 accouchements et un avortement de deux mois), entre le 26 mai à l'hôpital pour éclampsisme. Elle accusé des céphalées, des troubles oculaires (brouillard devant les yeux sans diplopie), une légère dyspnée, pas de troubles digestifs ni de vomissements.

La malade a les paupières infiltrées, le facies un peu bouffi, les membres œdématisés.

La T. A. 30-16.

Les urines contiennent 6 grammes d'albumine.

Le B.-W. est négatif.

La femme est enceinte de six mois.

Le 27 novembre, albumine 4 grammes. T. A. 26-16.

Le 27 novembre, albumine, 4 grammes. T. A. 29-15.

On pratique une saignée de 1.000 grammes. La T. A. Mx tombe de 21 à 12. Les bruits du cœur sont perçus.

Le 29 novembre, les bruits du cœur ne sont pas perçus (alb. 3 gr. T. A. 21-13).

Le 3 décembre, colostrorrhée. T. A. 21-13 (Vaquez). Albumine 1 gramme.

La femme entre en travail et accouche d'une fille morte et macérée, prématurée de 7 mois 1/2 pesant 1.600 grammes. Le placenta pèse 380 grammes. Dans les jours qui suivent la tension reste voisine de 18-11 et la femme sort guérie.

OBSERVATION XII (78) (1).

*Grossesse non suivie. Eclampsie. Garçon vivant. Saignée
500 grammes. Purgation. Diète hydrique. Guérison.*

Secondipare de 24 ans, n'ayant jamais consulté pendant sa grossesse, se présente à la maternité dès l'apparition des premières douleurs. Le 16 janvier à son entrée, on trouve un sommet en G. A. engagé, membranes rompues. De plus la femme est œdématisée, elle accuse de violentes céphalées, des troubles oculaires et de la constriction épigastrique. Les urines sont albumineuses.

Le même jour, l'accouchement se termine normalement par l'expulsion d'un garçon vivant pesant 3.200 grammes. La délivrance naturelle est complète (périnée : 1 crin).

La femme accusant toujours des signes nets d'éclampsie, on pratique une saignée et la T. A. qui était primitivement de 24-10 est ramenée (pour la Mx) à 16.

Dans les jours qui suivent, la diurèse s'établit le malade est purgée et mise à l'eau lactosée ; l'œdème diminue alors et la femme sort guérie 14 jours après son accouchement.

OBSERVATION XIII (171)

Gestation suivie. Eclamptique ayant fait 4 crises. La première et la quatrième traitées chacune par une saignée de 500 ; les deux autres par la morphine. Fille mort-née (2.450). Suites de couches normales.

Primipare de 28 ans, n'ayant jamais eu d'albumine au cours de sa grossesse, entre le 31 janvier pour début de tra-

1. Numéro du registre d'accouchements, 1925.

vail. Les urines sont normales. Le 4 février, les urines sont albumineuses et la parturiente présente quelques mouvements convulsifs (21 h.). La T. A. 20-10. Le poulx maternel est à 100 et le fœtal à 145.

21 h. 45, première crise d'éclampsie : convulsions à l'avant-bras droit, se généralisant. *Saignée* 500 grammes.

21 h. 55, deuxième crise : *morphine* 1 centigramme.

Les bruits du cœur sont ralentis.

22 h. 10, troisième crise, malade très agitée. *Morphine* 1 centigramme. La malade accuse une amaurose qui ne persiste que quelques minutes. Les bruits du cœur sont bons.

Le lendemain : quatrième crise *saignée* 450 grammes. *Chloral*. Les bruits du cœur sont bons. L'albuminurie est de 2 gr.5. L'urée du sang : 0 gr. 42.

Quelques heures plus tard : bruits du cœur lents et sourds. Rupture des membranes (liquide purée de méconium). Accouchement d'un *enfant mort-né* pesant 2.430 grammes. Délivrance normale de 410 grammes. Suites de couches normales.

OBSERVATION XIV (369).

Grossesse suivie. Une crise au moment du travail. Saignée 1.000 grammes. Fille morte. Deuxième crise. Deuxième saignée. Décès.

Primipare de 22 ans, ayant consulté un médecin pendant sa grossesse, arrive à terme le 19 mars à la salle de travail. Les urines sont albumineuses.

Première crise d'éclampsie : T. A. 16 1/2 9. *Saignée* 1.000 grammes. *Morphine* : 1 centigramme. T. A. Mx 17.

Extraction au forceps Tarnier d'une fille mort-née de 2.500 grammes. Délivrance complète de 470 grammes.

Deuxième crise : *saignée de 700 grammes.*

T. A. 17 1/2-12. *Morphine 1 centigramme.*

Décès.

OBSERVATION XV (521)

Primipare dont la gestation a été suivie, fait plusieurs crises d'éclampsie. Après épisiotomie, on fait une application de forceps sur un sommet en O. I. G. P. et on extrait un garçon vivant de 3.450 grammes. La délivrance est spontanée et la malade sort guérie.

OBSERVATION XVI (871)

Brightique faisant au cinquième mois de sa grossesse, six crises d'éclampsie presque consécutives. Saignée 1.400 gr. Chloral. Morphine. Fœtus macéré. Guérison.

Femme de 29 ans, primigeste de cinq mois, a fait quatre crises d'éclampsie chez elle et une à l'hôpital Bichat. Elle entre à Lariboisière, le 30 mai, où elle fait aussitôt une *sixième crise* (*saignée 1.400 grammes. Morphine 3 centigrammes*). La tension qui était primitivement de 25-18 tombe à 14-10 et la malade est mise à l'eau lactosée.

Le lendemain matin 31 mai, l'agitation reprend (morphine, chloral, huile de ricin).

La T. A. : 18 1/2-12 1/2.

Le 1^{er} juin T. : 36°8. Le pouls est à 88.

La T. A. : 19-12.

La femme urine peu et la purgation est restée sans effet.

Le 2 juin, diurèse 2 litres. Albuminurie.

Nouvelle crise larvée durant quelques minutes : *saignée* 900.

Les 9-10 juin, l'albuminurie diminue.

T. A. : 15 1/2-10 (Vaquez).

Le 15 juin, contractions utérines douloureuses et expulsion spontanée d'un œuf ouvert (fœtus macéré pesant 400 gr.).

T. A. : 19-10 (Vaquez).

La femme a toujours des céphalées, mais l'albuminurie diminue.

En étudiant les antécédents on trouve de multiples signes de *brightisme*. Céphalées, épistaxis, crampes musculaires, sensation de doigt mort ; parfois bouffissure des paupières.

L'urée sanguine : 0 gr. 33.-

On fait à la malade six injections de cyanure de mercure et elle sort guérie le 3 juillet.

OBSERVATION XVII (996)

Grossesse suivie et accouchement normal d'un enfant vivant.

Eclampsie (9 crises et mort au moment où l'on fait la saignée).

Grossesse suivie par un médecin (jamais d'albuminurie) et accouchement normal à terme.

II-père de 27 ans ayant eu chez elle 8 crises d'éclampsie. A son arrivée à la maternité, la malade est dans un état semi-comateux, sa respiration est stertoreuse et la T. A. : 15-10 au Vaquez.

Au moment où on fait une saignée une neuvième crise sur-

vient qui devait emporter la malade. L'écoulement sanguin s'arrête, le pouls n'est plus perçu et la reprise inspiratoire après la crise ne survient pas. Malgré deux injections intracardiaques d'adrénaline à deux minutes d'intervalle et la respiration artificielle, la femme meurt.

OBSERVATION XVIII (1345)

Grossesse non suivie chez secundipare qui fait près du terme une série de crises éclamptiques subintrantes. Saignée 1.300 grammes. Morphine. Chloral. Lavement purgatif. Diète hydrique. Deux jumeaux filles, décédés dans les deux jours. Femme guérie.

Secondipare de 23 ans à grossesse non suivie est envoyée à l'hôpital par un médecin pour crises éclamptiques. A l'entrée, la malade est dans le coma et présente ensuite des crises convulsives typiques presque subintrantes : sa grossesse est voisine du terme et une saignée de 200 grammes a été pratiquée en ville. A la maternité on fait une seconde saignée massive cette fois de 1.300 grammes et on injecte 1 centigramme de morphine.

La T. A. : 16-8.

La malade présente en outre de l'œdème des membres inférieurs de la région sus-pubienne et de la face.

Les urines ne peuvent être recueillies : l'auscultation est positive. On isole la femme loin du bruit et de la lumière et on lui donne toutes les deux heures, une cuiller à café de sirop de chloral.

Les crises cessent, la diète hydrique est instituée et on donne un lavement purgatif additionné d'une goutte d'huile

de croton. L'examen obstétrical pratiqué à ce moment, permet de faire le diagnostic de grossesse gémellaire. En effet, le lendemain la femme accouche :

1° D'un jumeau fille pesant 2.720 grammes ranimée mais mourant le lendemain.

2° D'un second jumeau fille vivante pesant 1.045 grammes, mourant deux jours après.

La T. A. est de 15-8.

La délivrance est normale.

Dans les suites de couches, l'albuminurie disparaît et la femme sort guérie.

OBSERVATION XIX (1568)

Grossesse gémellaire bivittelline normale. Trois crises d'éclampsie. Deux saignées à deux heures d'intervalle. Deux enfants vivants. Suites de couches fébriles pendant une semaine. Guérison.

Primipare de 28 ans, arrive au terme d'une gestation normale, suivie à la consultation de la maternité.

Le 26 octobre, à son lever, la femme est prise brusquement d'une crise d'éclampsie : elle a de l'amaurose pendant une heure et présente de la confusion mentale : un médecin fait alors une saignée de 150 grammes et envoie la malade à Lariboisière.

A son arrivée, la T. A. 20 1/2-8, la femme présente un œdème généralisé, des céphalées, une douleur épigastrique, les urines sont albumineuses. On fait une saignée de 1.060 gr. et la T. A. baisse jusqu'à 15-8. A l'examen obstétrical, on trouve deux foyers d'auscultation.

Dès l'apparition des premières douleurs, la femme fait une *deuxième crise* (morphine 3 egr.).

Extraction au forceps d'un premier garçon vivant pesant 2.330 grammes, puis d'un second se présentant par le siège, qui naît étonné et pèse 2.250 grammes.

Troisième crise d'éclampsie. T. A. 20-11.

Saignée de 800 grammes. T. A. 12-8.

Délivrance naturelle et complète pesant 840 grammes.

Lavement au chloral-bromure.

Dans les jours qui suivent, la femme a des lochies purulentes et conserve une paralysie faciale droite.

OBSERVATION XX (1)

Femme accouchée en ville d'une fille vivante de 3.250 gr.

Première crise d'éclampsie.

Délivrance naturelle et complète pesant 600 grammes.

Deuxième crise (une heure quinze après la première).

Troisième crise (une demi-heure après).

Transport de la femme à Lariboisière. T. A. 16-5.

Urines albumineuses.

Quatrième crise. Phase tonique dix secondes environ.

Phase clonique trente secondes environ.

Cyanose.

Suites de couches normales.

1. Cet accouchement fait en ville n'a pas son numéro d'ordre sur le registre.

OBSERVATION XXI (450) (1)

Primipare de 24 ans, arrive normalement au terme d'une grossesse gémellaire univitelline suivie à la consultation. Le 31 janvier, date de son entrée à la salle de travail, on constate un certain degré d'hydramnios et la présence d'albumine dans les urines qui jusqu'ici avaient été normales.

La femme accouche spontanément d'une première fille vivante pesant 2.700 grammes et une heure quarante après fait une première *crise d'éclampsie* traitée par la *morphine*. Quelques minutes plus tard *seconde crise* et on extrait au forceps (sommets en D. A. avec procidence de la main gauche) une seconde fille vivante pesant 2.800 grammes. Une *saignée de 800 grammes* est pratiquée et la délivrance pesant 950 grammes se fait naturellement.

Les suites de couches sont normales et la femme sort au onzième jour.

OBSERVATION XXII (453)

Gestation gémellaire bi-amniotique de huit mois, suivie. Eclampsie. Saignée 800. Un garçon vivant, le second mort. Suites de couches fébriles. Guérison.

Femme de 23 ans, primigeste, entre à l'hôpital sur l'avis d'un médecin.

A son entrée : grossesse de huit mois, facies pâle, bouffi, œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale. T. A. 20-12. Pouls à 120.

1. Numéro du registre d'accouchements (1926).

Depuis quelques jours elle a des vomissements, des céphalées mais ne présente ni vertiges ni troubles oculaires. Le volume de l'utérus est exagéré; l'œuf est tendu, et dans la corne droite, on sent un ballottement céphalique. Au toucher, on perçoit un sommet profondément engagé.

En présence de cet état d'éclampsie, on fait une saignée de 800 grammes et la T. A. baisse à 18-8.

Le lendemain la femme est prise de douleurs; on fait, pour lenteur du travail, une prise de forceps, et on extrait un enfant né en état de mort apparente, facilement *ranimé* et pesant 2 660 grammes.

Rapidement, la femme accuse de nouvelles douleurs; on rompt la poche des eaux et on extrait un second enfant mort-né pesant 2.530 grammes. Le placenta œdémateux pèse 1.000 grammes. La T. A. 13-6. La température est de 38°5. Le pouls à 128.

Suites de couches fébriles.

Au vingt-cinquième jour, la femme sort guérie.

OBSERVATION XXIII (469)

Grossesse suivie de six mois (albuminurie). Les soins médicaux sont refusés. Eclampsie. Saignée 1.650 grammes. Fille macérée. Femme guérie.

Primigeste de 30 ans, enceinte de six mois et demi vient consulter à Lariboisière : on trouve un fœtus vivant et 7 gr. d'albumine. Malgré les conseils, la femme refuse l'hospitalisation et trois jours plus tard (le 28 mai) elle entre pour crises subintrantes d'éclampsie et coma consécutif. A son arrivée, elle est dans le coma et les bruits du cœur fœtal sont

perçues Au cours de *la saignée de 1.650 grammes*, la femme sort du coma et fait quelques mouvements. La T. A. 14 10. Le pouls est à 112.

Après lavement évacuateur, on lui administre une purgation (Eau-de-vie Allemande), puis :

Sérum glucosé rectal..... 500 gr.

Sérum glucosé adrénalisé..... 500 gr.

Sérum glucosé rectal..... 500 gr.

Le 29 mai, T. A. 15-12. Pas de nouvelle crise.

Le 30 mai, albumine 1 gramme. Polyurie. Urée sanguine 0 gr. 65. Bruits du cœur non perçues.

Du 1^{er} au 10 juin. Albumine de 2 gr. 50 à 1 gramme. T. A. 13-9.

Le 11 juin, apparition de douleurs (siège en S. I. G. A.

Pas de bruits du cœur.

Le 12 juin, accouchement naturel d'un fœtus macéré du sexe féminin pesant 1 280 grammes. Délivrance naturelle complète pesant 250 grammes. T. A. 13-9. Albuminurie : 1 grammes.

Départ dans le délai normal de la femme guérie.

OBSERVATION XXIV (627)

Eclampsisme à six mois et demi. Saignée 800.

Régime lacté absolu. Fille vivante. Guérison.

Femme de 24 ans, primigeste, grossesse suivie.

A son arrivée, utérus de six mois et demi.

Eclampsisme

Œdème des membres inférieurs.

T. A. 24-14.

On pratique une saignée de 800 grammes et la malade est mise au régime lacté absolu. L'albuminurie diminue, les œdèmes fondent une diurèse abondante s'établit, mais quinze jours plus tard les symptômes d'éclampsie se manifestant à nouveau (T. A. 24-10. Album. 2 gr.) on fait une deuxième saignée de 400 grammes.

La T. A. tomba à 16-7.

La femme accouche d'une fille vivante prématurée et sort vingt jours plus tard.

OBSERVATION XXV (769)

Primigeste de 50 ans à gestation suivie, ayant fait au cinquième mois plusieurs crises d'éclampsie, accouche prématurément au terme de sept mois, d'une fille morte macérée pesant 1.280 grammes. Elle a 1 gramme d'albumine et sa T. A. 13-9. La délivrance pèse 250 grammes et la femme guérit.

OBSERVATION XXVI (835)

Secondipare. Eclampsie au premier accouchement. Eclampsie au cours de la deuxième grossesse (hémiparésie droite). Saignée. T. A. élevée. Deux saignées. Prématuré. Guérison.

Secondipare de 39 ans dont la première grossesse avait été suivie à la clinique Tarnier (éclampsie).

La seconde grossesse a évolué normalement jusque vers sept mois et demi. A cette époque, les urines deviennent albumineuses et soudain, la malade ressent un engourdissement marqué de tout le côté gauche qui l'oblige à s'aliter. Sous

l'influence du traitement (saignée et ventouses scarifiées) ces symptômes s'atténuent.

Toutefois, la malade a des céphalalgies rebelles et l'engourdissement persiste un peu. La T. A. 25-15.

La malade entre alors au dortoir de la maternité où l'on trouve :

Grossesse de huit mois. Enfant vivant.

T. 37°1. T. A. 26-16.

Elle est mise au régime lacté absolu, mais la tension s'élève le lendemain à 26-18 on fait une saignée de 400 grammes.

La T. A. est de 17-13 1/2. L'albuminurie 0,25.

Dans les jours suivant : T. A. 26-20. saignée 900.

La T. A. est de 17-13 1/2. L'albumine 0,25.

Une semaine après son entrée, accouchement spontané d'un garçon vivant pesant 2.250 grammes.

Placenta semé d'infarctus. La parésie persiste.

OBSERVATION XXVII (1650)

Eclampsie au sixième mois. Avortement.

Guérison (Grossesse suivie).

Primipare de 26 ans, dont la grossesse a été suivie, arrive au sixième mois avec une albuminurie de 16 grammes. Mise au repos, au lit et au régime lacté absolu, il persiste quand même une albuminurie de 6 grammes. A son entrée, bruits du cœur perçus. T.A. 19 1/2-12 (Vaquez).

Le régime est continué et l'albuminurie tombe en dix jours de 4 à 2 grammes et la T. A. à 16-13.

La femme présente alors de l'amblyopie, des sensations de doigt mort et elle fait une épistaxis peu abondante.

Avortement de six mois (fille mort-née présentant un début de macération et pesant 1.150 grammes.

La délivrance est complète.

Les troubles visuels persistent quelques jours.

A son départ, la femme n'a plus d'albuminurie, urine abondamment et sa T. A. est de 15-8 (Pachón).

OBSERVATION XXVIII (1847)

Eclampsie amenée de ville dans le coma. Après trois crises convulsives. La grossesse est à terme, mais les bruits du cœur ne sont pas perçus.

La T. A. est de 16-13.

Saignée 250 grammes. La femme fait deux nouvelles crises.

Huile camphrée 10 centimètres cubes.

Décès trente minutes après l'admission sans être sortie du coma.

Sur les 28 observations que nous avons rapportées ici (avec 18 primipares) 9 fois il s'agissait de malades entrant à la maternité en imminence de crise et chez lesquelles d'ailleurs nous n'avons à déplorer aucun décès. Les cas d'éclampsie observés se répartissent de la façon suivante :

En 1924 sur 3.325 accouchements : 11 Eclampsies

En 1925 — 3.650 — : 9 —

En 1926 — 3.820 — : 8 —

Sur un total de 10.795 accouchements effectués pendant ces trois années, nous avons 28 cas d'éclampsie

et d'éclampsisme, soit une proportion de 1 pour 500 accouchements.

Chose curieuse, le nombre d'éclamptiques qui était en 1924 et 1925 sensiblement égal (7 et 8) a diminué nettement en 1926 où on ne relève que 4 cas, alors que le nombre des accouchements est resté à peu près le même.

La mortalité maternelle est de 5 pour 28, soit 17 % au lieu de 32 % chiffre donné par Tarnier.

Cette proportion élevée avouons-le de 5 décès sur 28 malades appelle quelques explications, et notre désir d'établir une statistique consciencieuse nous oblige à étudier d'un peu plus près l'histoire de ces femmes. Or, la lecture des observations nous apprend que 3 d'entre elles (observ. I, XVII, XXVIII) sont arrivées dans le coma à la maternité après avoir fait chez elles des crises subintrantes et remontant pour l'observation I à plus de douze heures !

Sans doute ces femmes sont décédées à la maternité mais après avoir été négligées.

Il est bien probable que pour ces cas malheureux les autres méthodes de traitement n'eussent pas donné de meilleurs résultats !

Nous relevons 4 grossesses gémellaires et en tenant compte de 4 jumeaux vivants, nous avons obtenu une mortalité foetale globale de 45 %, ce qui reste évidemment un chiffre élevé.

Nous avons noté un nombre imposant de femmes éclamptiques ne présentant pas ou presque d'hypertension artérielle. Ce sont :

Observ. VII, T. A. 13-11.

Observ. XVII, T. A. 15-10 Décès.

Observ. XX, T. A. 16-3.

De semblables cas ont été rapportés mais dans une proportion moindre. Les éclampsies sans hypertension ne sont pas les moins graves : la mortalité est ici du tiers exactement ; de plus ces formes cliniques ont une signification pathogénique et montrent que la crise hyperiensive n'est point la cause de la maladie.

Darrigade (thèse de Bordeaux, 1923) a attiré l'attention sur la fréquence et la précocité de l'éclampsie chez les brightiques. Dans l'observation XVI en effet, nous voyons des crises répétées survenir chez une brightique enceinte de six mois. Par contre la gravité du pronostic sur laquelle a insisté cet auteur ne se trouve pas réalisée car la malade guérit.

Quant au nombre de femmes n'ayant jamais consulté pendant leur grossesse, il s'élève à trois seulement (pour cinq autres femmes, les observations sont muettes à ce sujet). Cela prouve que si la statistique est sur plusieurs points intéressante, elle le doit au traitement prophylactique de l'éclampsie qui a été appliqué chaque fois qu'il a été possible.

CONCLUSIONS

1° Ne connaissant pas de traitement spécifique de l'éclampsie puisque la cause de la maladie reste inconnue, il convient d'attacher une grande importance au traitement prophylactique. De là l'intérêt que présente pour les femmes enceintes la surveillance médicale.

2° L'examen systématique, répété, et attentif des deux tensions maxima et minima chez les femmes enceintes permettra le plus souvent de dépister dès leur début les états pré-éclamptiques et de juguler par un régime convenable les accidents graves qui en résulteraient.

3° La saignée prophylactique (chaque fois que la T. M atteint 20) combinée au régime lacté sera le meilleur moyen d'arrêter une éclampsie imminente.

4° Indépendamment du traitement médical (antispasmodique, évacuation intestinale) la saignée massive reste le meilleur agent de diurèse et d'abaissement de la tension artérielle que nous ayons à notre disposition. Pratiquée et répétée à l'occasion chez toute femme en coma éclamptique, elle donnera souvent des résultats immédiats et contrôlée par l'oscillomètre (interruption quand la T. A. minima baisse de 1 cm. de Hg) elle ne provoquera jamais de syncope.

Vu : Le Doyen,
ROGER.

Vu : Le Président de la thèse
L. COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
L'Inspecteur d'Académie délégué,
MAURELLET.

BIBLIOGRAPHIE

- Balard* — L'oscillométrie en obstétrique (1926). Résultats d'une pratique personnelle dans le traitement de l'éclampsie puerpérale (Soc. d'Obst. et de Gyn. Bordeaux, 1920).
- Bernard*. — Recherches cliniques et physiopathologiques sur la saignée. Thèse Paris, 1925.
- Chirié*. — Recherches expérimentales sur l'éclampsie. Hypertension artérielle et accès éclamptiques. Thèse Paris, 1907.
- Couvelaire*. — Leçon de novembre, 1926.
- Darrigade*. — Thèse de Bordeaux, 1923.
- Démelin-Devraigne*. — Manuel de l'accoucheur.
- Fabre*. — Précis d'Obstétrique.
- Freund*. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1912 et 1923.
- Le Lorier*. — Valeur de l'hypertension d'alarme (Presse médicale, 6 janvier 1923).
- Levant et Portes*. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1923, p. 332.
- Lévy-Solal et Tzanck*. — Nouvelles recherches sur la pathogénie et la thérapeutique de l'éclampsie. Phénomène de choc: arrêt par la pilocarpine (Presse médicale, 1^{er} août 1923, p. 669).

Pelissier. — De la tension artérielle et de la viscosité du sang total et de leurs rapports au cours de la grossesse normale et pathologique, pendant le travail et les suites de couches. Thèse de Paris, 1913.

Powilewicz. — De la saignée dans les états pré-éclamptiques avec hypertension (Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, 10 octobre 1923).

Sellheim. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1912.

Wallich. — Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1912.

